

The Development of a Home-Based Continuous Nursing Care Model for Stroke Patients with Family Participation in Udon Thani Province

Received: Jun 21, 2025

Revised: Oct 5, 2025

Accepted: Oct 20, 2025

Darawan Torrapeeing, M.N.S.¹

Kamonthip Tanglakmankhong, Ph.D.^{2*}

Abstract

Introduction: Stroke is a leading cause of disability and dependency worldwide. Effective home-based continuous care is essential to prevent complications, enhance recovery, and improve quality of life for stroke survivors.

Research objectives: 1) To study the situation and problems of caring for stroke patients at home
2) To develop and evaluate the effectiveness of the continuous care model for stroke patients at home with family involvement in Udon Thani.

Research methodology: This action research was conducted in 3 phases: 1) assessing current conditions, 2) developing a continuous care model for stroke patients, and 3) monitoring and evaluating outcomes using the Health Belief Model (HBM) and family participation as a conceptual framework. Participants included 60 stroke patients, 60 primary caregivers, and 25 multidisciplinary personnel, purposively selected from five network hospitals. Research instruments comprised questionnaires on knowledge, beliefs, attitudes, and caregiving behaviors; an ADL assessment form; interview guidelines; and a satisfaction survey. Content validity was verified using the Index of Item Objective Congruence (0.67 - 1.00). The reliability was .79 (Cronbach's Alpha), and the knowledge test reliability was .80 (KR-20). Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data was analyzed using content analysis.

Results: The continuous nursing care model for stroke patients at home, implemented with family participation through activities that enhanced self-efficacy and reflection via a nursing care diary, significantly improved primary caregivers' knowledge, understanding, health perceptions, and caregiving behaviors ($p < .001$).

Conclusions: The model strengthened caregiver capacity based on the Health Belief Model (HBM) and family participation concepts by enhancing perceived benefits and self-efficacy, while reducing perceived barriers to care. As a result, patients tended to achieve greater independence in performing daily activities.

Implications: The model should be expanded to other healthcare settings with contextual adaptations and supported by ongoing practical training for caregivers in the community.

Keywords: continuous nursing care, stroke, family participation

¹Registered Nurse, Udonthani Public Health Provincial Office, Udon Thani, Thailand. Email: darakan0109@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarachanon Institute, Udon Thani, Thailand. Email: tang_kamon@bcnu.ac.th

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี

Received: Jun 21, 2025

Revised: Oct 5, 2025

Accepted: Oct 20, 2025

ดาราวรรณ ทวีสิงห์ พย.ม.¹

กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง พร.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของความพิการและภาวะพึ่งพิงทั่วโลก การดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นตัว และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์และปัญหา 2) การพัฒนารูปแบบ และ 3) การติดตามและประเมินผล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วย 60 ราย ผู้ดูแลหลัก 60 ราย และบุคลากรสหวิชาชีพ 25 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 5 แห่ง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจทัศนคติ พฤติกรรมการดูแล แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน การสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบประเมินความพึงพอใจ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC 0.67 – 1.00 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม .79 และแบบทดสอบความรู้ .80 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: รูปแบบการดูแลด้วยกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และกิจกรรมเล่าสู่กันฟังผ่านสมุดบันทึกการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาล ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปผล: รูปแบบดังกล่าวช่วยเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทั้งด้านการรับรู้ประโยชน์ ความสามารถ และลดอุปสรรคในการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มพึ่งพาตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ: ควรขยายผลการใช้รูปแบบไปยังหน่วยบริการสุขภาพอื่น โดยปรับตามบริบทพื้นที่ และสนับสนุนการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้ดูแลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาล โรคหลอดเลือดสมอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี อุดรธานี ประเทศไทย Email: darakan0109@gmail.com

^{2*}ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก อุดรธานี ประเทศไทย Email: tang_kamon@bcnu.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง และความพิการอันดับสามของโลก โดยตั้งแต่ปี 1990 ถึง 2019 ภาระของโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างมาก อัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้น ร้อยละ 70 อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 43 อัตราความชุกของโรคเพิ่มขึ้น ร้อยละ 102 และค่า DALYs เพิ่มขึ้น ร้อยละ 143 โดยภาระหลักของโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก (ร้อยละ 86 ของการเสียชีวิต และ 89 ของค่า DALYs) อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง¹ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 185,000 คน หรือเกือบ 1 ใน 4 เกิดขึ้นกับผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการร้ายแรงในระยะยาว ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่ก็พบว่าโรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงวัย โดยในปี 2014 พบว่า ร้อยละ 38 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุต่ำกว่า 65 ปี² จากรายงานสถิติกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ลำดับที่ 1 ของโรคไม่ติดต่อ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2561 - 2566 มีอัตราตายร้อยละ 10.60, 10.24, 10.35, 11, 10.29 และ 10.37³ ตามลำดับ จังหวัดอุดรธานี พบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 2 ของจังหวัด โดยพบอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 6 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2561 - 2566) เป็น 290.65, 320.58, 346.98, 399.53 ,1,060.09 และ 1,257.75 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอัตราป่วยในปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 ถึง 3 เท่า ส่วนอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบร้อยละ 3.80, 4.90, 4.85, 5.27, 5.56 และ 10.37 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน นอกจากนี้ ยังพบอัตราอุบัติใหม่ของโรคในจังหวัดอุดรธานี เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 จำนวน 85.67 เป็น 89.50 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2566⁴⁻⁵

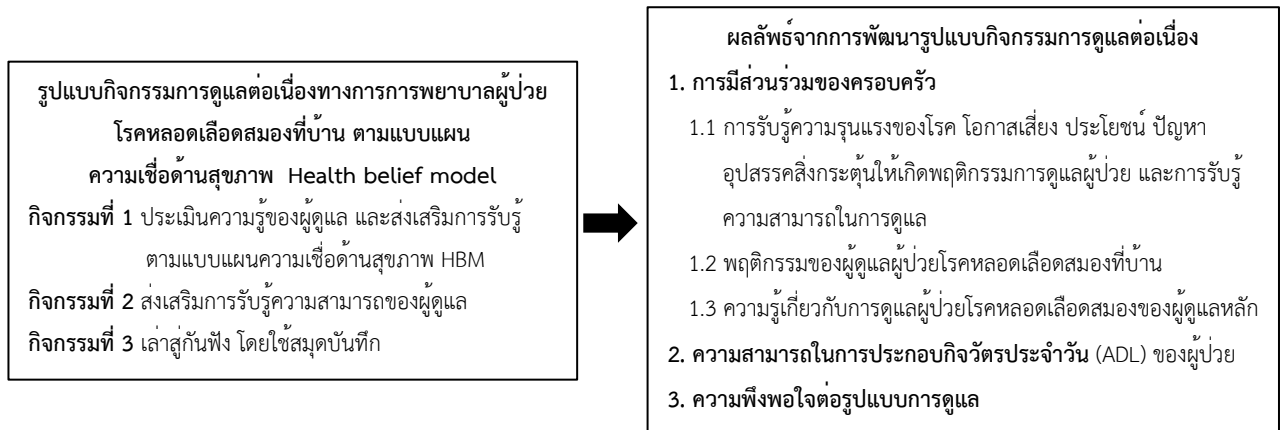
โรคหลอดเลือดสมองยังสามารถกลับเป็นซ้ำได้หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ดีทั้งที่โรงพยาบาล และการฟื้นฟูที่บ้าน ปัญหาการดูแลที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลขาดความรู้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรม การเฝ้าระวังอาการเสี่ยง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตามแผนการรักษา การใช้อย่างไม่ถูกต้อง ขาดการฟื้นฟูร่างกาย และการขาดการติดตามตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ⁶⁻⁷ รวมทั้งจากการทบทวนงานวิจัย พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขาดการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ขาดความรู้ทักษะและความมั่นใจในการดูแล ร้อยละ 90 หน่วยบริการสุขภาพไม่มีแนวทางในการดูแลที่บ้านที่มีรูปแบบชัดเจนและต่อเนื่อง ร้อยละ 80 ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชนไม่ทราบสถานการณ์เกี่ยวกับโรค หน่วยบริการสุขภาพมีการส่งเสริมการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะในการดูแลแก่ผู้ป่วย และส่งเสริมการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล และ อสม. มีจำนวนไม่เพียงพอถึงร้อยละ 70⁸ การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการดูแล การส่งเสริมการฟื้นฟูและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การใช้แนวคิดจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁹ ผู้วิจัยคาดว่าจะช่วยให้สามารถออกแบบแนวทางการดูแลที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงความเชื่อ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
3. เพื่อประเมินรูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)⁹ ในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว เชื่อมโยงกลไกการรับรู้ แรงจูงใจ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลัก เพื่อส่งเสริมให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ และการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม การพัฒนารูปแบบการดูแลใช้ HBM เป็นแกนกลาง เพื่อออกแบบกิจกรรมที่เสริมสร้างการรับรู้ในแต่ละองค์ประกอบ นำไปสู่ผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลและผู้ป่วย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)¹⁰ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์และปัญหา 2) การดำเนินงานพัฒนารูปแบบและนำไปใช้ และ 3) การติดตามประเมินผล เก็บทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยดำเนินการวิจัยระหว่าง กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดอุดรธานีที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 15,233 คน (อ้างอิงจาก Health data center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2567)³ และสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก และสหสาขาวิชาชีพในจังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power¹¹ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการประมาณค่าผลต่างของค่าเฉลี่ยในประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดค่า Effect size = .50 (Medium size) ค่า α err. prob. = .05 ค่า Power (1- β err. prob.) = .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 54 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล รวมจำนวน 60 คน และเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลหลัก 1 คน ต่อผู้ป่วย 1 คน จำนวน 60 คน และสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 25 คน

กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหา ผู้วิจัยได้กำหนดผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยคัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ หรือ อสม. ที่ดูแลและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) เป็นผู้ที่ เขียน อ่าน ฟัง และพูดสื่อสารเข้าใจได้ 4) สัมผัสเข้าร่วมโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ทั้ง 5 แห่ง ซึ่งเป็นสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลสุขภาพ และติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งสิ้น 25 คน และเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลหลัก จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 เป็นการพัฒนา และทดลองใช้รูปแบบ สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคัดเลือกจากโรงพยาบาลแม่ข่ายหลักทั้ง 5 โซน โดยคัดเลือกให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละโรงพยาบาลแม่ข่าย จนกระทั่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ 60 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก และได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน 2) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 3) เป็นผู้ที่สามารถ เขียน อ่าน ฟัง และพูดสื่อสารเข้าใจได้ 4) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลทั้งผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหา ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ที่พัฒนาขึ้นเอง ดังนี้

- 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก เพื่อสำรวจปัญหาความต้องการ และข้อเสนอแนะของผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 8 ข้อ
- 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแล การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการดูแล

ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ เครื่องมือที่ใช้เป็นรูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลที่บ้านตาม HBM ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ประเมินความรู้ของผู้ดูแล หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล สัปดาห์ที่ 2 - 6 หลังจากติดตามเยี่ยมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผ่านคลิปวิดีโอ Role model และสื่อวิดีโอออนไลน์ต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 3 เล่าสู่กันฟัง การดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลที่บ้าน โดยสมุดบันทึกการดูแล

ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผล ใช้เครื่องมือประเมินรูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดังนี้

แบบประเมินความรู้ ความเชื่อ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง¹² ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ การรับรู้ ความเชื่อ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

(1) แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบ 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน

(2) การรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถในการดูแล และสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม ด้านละ 2 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก มาก ถึง น้อยที่สุด

(3) พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ จาก ทุกครั้ง ถึง ไม่เคย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: ADL) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย

(1) แบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยประเมินทั้งผู้ให้บริการ และผู้ดูแลหลัก จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด ถึง น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of item objective congruence: IOC) ที่ 0.67 – 1.00

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .79 ส่วนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สูตรของ Kuder richardson (KR - 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เท่ากับ .80 สำหรับแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน มีค่าความเชื่อมั่นโดยรวม .87¹³

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 6568 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย ข้อมูลต่าง ๆ จะเก็บเป็นความลับ ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม และถูกทำลายภายใน 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์โรค โดยใช้กระบวนการสัมภาษณ์/สอบถาม สัมภาษณ์ความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลาสัมภาษณ์ 30 - 35 นาทีต่อคน

ขั้นตอนที่ 2 วางแผน พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลที่บ้าน และทดลองใช้นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาประชุมหารือ วิเคราะห์หาปัญหา ออกแบบและพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ รายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินผู้ดูแล โดยสหสาขาวิชาชีพ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 1 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในแต่ละด้าน เช่น เรื่องอาหาร การไต่ถาม การทำกายภาพ การดูแล ด้านจิตใจ การประเมินร่างกาย เป็นต้น โดยการซักถาม ประเมินความรู้ ขณะติดตามดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

- กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงการเฝ้าระวังและป้องกันโรคจากบุคคลต้นแบบ จากคลิปวิดีโอ

- ส่งเสริมการรับรู้อันตรายและโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคด้วยสื่อวีดิโอออนไลน์

- กิจกรรมกระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคที่ครอบครัวปฏิบัติอยู่เดิม และการรับรู้ใหม่ที่ครอบครัวได้จากสื่อต่าง ๆ ด้วยวิธีการซักถาม และแลกเปลี่ยนการรับรู้ ในแต่ละครอบครัว และสรุปการรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้อันตรายของโรคที่ครอบครัวได้รับจากกิจกรรม

- กระตุ้นการรับรู้ประโยชน์และป้องกันการเกิดโรคซ้ำและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยและกำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

สัปดาห์ที่ 3 - 6 กิจกรรมที่ 2 เล่าสู่กันฟัง เพื่อให้ผู้ดูแลหลักและครอบครัวได้รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงที่เกิดจากโรค ผ่านการบันทึกการดูแลต่อเนื่อง ในรูปแบบสมุดบันทึกที่พัฒนาขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามและประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 69.54 (SD = 4.31) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 มีอายุเฉลี่ย 57.34 ปี (SD = 7.92) มีสถานภาพสมรส หรือ คู่ ร้อยละ 81.67 จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 90 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.33 รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.33 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อน ร้อยละ 93.33 ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 3.50 เดือน (SD = 2.34) ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสามี-ภรรยา ร้อยละ 56.67 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลคนเดียว ร้อยละ 71.67 และผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.33

กลุ่มสหสาขาวิชาชีพ 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64 อายุเฉลี่ย 42.07 ปี ตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 32 รองลงมาเป็นนักวิชาการสาธารณสุข และ อสม. ร้อยละ 20 แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพ ร้อยละ 8 และนักโภชนาการ ร้อยละ 4 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 100

2. สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบปัญหาดังนี้

2.1 ปัญหาหลักที่พบ ได้แก่ ผู้ดูแลหลักมีความรู้ไม่เพียงพอ ขาดความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย ในกิจวัตรประจำวัน มีข้อจำกัดในการติดต่อและปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ไม่มีเบอร์โทรศัพท์ หรือเกรงใจข้อมูลของผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่บ้านมักไม่ครบถ้วน หรือซ้ำซ้อน รวมทั้งข้อจำกัดด้านทรัพยากรและภาระงานของบุคลากรสาธารณสุข ทำให้ไม่สามารถเยี่ยมบ้านได้ต่อเนื่อง

2.2 ความต้องการสนับสนุน ได้แก่ อบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแล พัฒนาสื่อ หรือสมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่เข้าใจง่าย สร้างระบบเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ ระหว่างโรงพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน และครอบครัว ระบบเยี่ยมบ้านแบบต่อเนื่องเพื่อติดตามอาการประเมินความก้าวหน้าและปรับแผนดูแลตามความจำเป็น รวมทั้งต้องการอุปกรณ์พื้นฐานสำหรับการทำกายภาพบำบัดที่บ้าน เช่น Walker อุปกรณ์ออกกำลังกาย ลูกบอลบีบมือ หรือราวฝึกเดิน ฝึกทรงตัว เป็นต้น

3. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วย 3 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ประเมินความรู้ของผู้ดูแล เพื่อประเมินผู้ดูแล และส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ HBM กระบวนการพยาบาล โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างสัมพันธภาพ ในการแนะนำ

ตัวระหว่างผู้รับบริการ และผู้ให้บริการโดย Case manager stroke และ Case manager COC ซึ่งแจ้งการวัตถุประสงค์ในการติดตามเยี่ยม และอาการผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล และประเมินความรู้ผู้ดูแลตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพ HBM

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมพลังอำนาจ

กิจกรรมที่ 3 เล่าสู่กันฟัง เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยสมุดบันทึก

ผลการดูแลตามรูปแบบ พบว่า ผู้ดูแลและสหสาขาวิชาชีพได้นำสมุดบันทึกลงสู่การปฏิบัติเมื่อออกติดตามดูแลที่บ้าน ผลการใช้สมุดบันทึกมีแนวโน้มใช้ประโยชน์เพิ่มขึ้นกว่าเดิม เมื่อปรับปรุงสมุดบันทึกให้มีแนวทางเดียวกัน และสนับสนุนชักจูงให้ผู้ดูแลมีความสนใจในการใช้งาน ตลอดจนสอดคล้องกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่นำไปใช้ประโยชน์ จากการสื่อสารในการดูแล ประเมินผลการรักษา การเฝ้าระวัง และฟื้นฟูสุขภาพตามที่คุณดูแลหลัก และทีมสหสาขาวิชาชีพให้ข้อเสนอแนะ คือการพัฒนาสมุดบันทึกการดูแลต่อเนื่อง โดยได้มีการศึกษารายละเอียดที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาสมุดบันทึกการดูแลต่อเนื่อง ตามปัญหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ให้ครบทุกประเด็นที่ศึกษาเพื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย

4. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

4.1 ผู้ดูแลหลักมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย หลังใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาล เพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

4.2 ผู้ดูแลหลักมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถในการดูแล และสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ยกเว้น การรับรู้อุปสรรค มีค่าเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

4.3 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.17 (SD = .83) เป็น 4.47 (SD = .32) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังการทดลอง (n = 60)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	ก่อนใช้		หลังใช้		t	P-value
		M	SD	M	SD		
ความรู้ความเข้าใจ	10	3.53	1.31	9.02	.98	-26.73	.001*
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4	3.07	.87	3.72	.34	-12.42	.001*
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	4	2.46	.34	3.81	.20	-27.63	.001*
การรับรู้ประโยชน์	4	3.57	.37	3.87	.15	-6.67	.001*
การรับรู้อุปสรรค	4	3.19	.51	3.02	.41	4.66	.001*
การรับรู้ความสามารถในการดูแล	4	2.47	.33	3.71	.26	-24.59	.001*
สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม	4	2.11	.36	3.73	.25	-28.22	.001*
ภาพรวมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	4	2.81	.24	3.64	.31	-32.26	.001*
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย	5	3.17	.83	4.47	.32	-19.70	.001*

* $p < .001$

4.4 ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วยก่อนใช้รูปแบบส่วนใหญ่อยู่ในระดับพึ่งพาปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับภาวะพึ่งพารุนแรง หลังใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีคะแนน ADL อยู่ในระดับไม่เป็นการพึ่งพาเพิ่มขึ้น รองลงมาเป็นระดับพึ่งพาปานกลาง และภาวะพึ่งพารุนแรงลดลง หลังการใช้รูปแบบฯ คะแนน ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 9.30 (SD = 1.65) เป็น 13.83 (SD = 4.24) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ADL) (n = 60)

ระดับคะแนน ADL	ก่อน		หลัง		t	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0 - 4 คะแนน)	0	0.0	0	0.0		
ภาวะพึ่งพารุนแรง (5 - 8 คะแนน)	26	43.33	9	15.00		
ภาวะพึ่งพาปานกลาง (9 - 11 คะแนน)	34	56.67	20	33.33		
ไม่เป็นการพึ่งพา (12 - 20 คะแนน)	0	0.0	31	51.67		
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	9.30 $\pm$ 1.65		13.83 $\pm$ 4.24		11.47	.001*
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด ; ค่าสูงสุด)	10 (6 ; 11)		15 (7 ; 20)			

* $p < .001$

4.5 ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า หลังใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.00$, $SD = .70$) โดยข้อที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ ข้อ 4 ความสะดวกในการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในสมุดบันทึก ($M = 4.26$, $SD = .67$) รองลงมาเป็นข้อ 3 เนื้อหาครอบคลุมความต้องการในการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน และช่วยให้เข้าใจวิธีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($M = 4.12$, $SD = .69$) ข้อที่มีคะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ ข้อ 7 รูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (สมุดบันทึก) ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ความรุนแรง โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีประสิทธิภาพมากขึ้น ($M = 3.85$, $SD = .82$) รองลงมาเป็น ข้อ 9 ความพึงพอใจในรูปแบบและโครงสร้างของสมุดบันทึก ($M = 3.91$, $SD = .67$)

อภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลที่บ้าน โดยใช้สมุดบันทึกการดูแลเป็นเครื่องมือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ประกอบกับการส่งเสริมการรับรู้ผ่านคลิปวิดีโอ Role model และสื่อวิดีโอออนไลน์ ต่าง ๆ ผ่านการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นในทุกมิติหลังจากใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ผู้ดูแลหลักมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง สามารถเพิ่มศักยภาพและทักษะด้านความรู้ของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การรับรู้ในทุกองค์ประกอบตามแนวคิด HBM ได้แก่ ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยง ประโยชน์ สิ่งกระตุ้น และความสามารถในการดูแล มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างชัดเจน ขณะที่การรับรู้อุปสรรคในการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าผู้ดูแลมีความเข้าใจมากขึ้น และมีความมั่นใจในการจัดการปัญหา การใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่เน้นการประเมินและให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในเชิงบวกมากขึ้น รวมถึงลดการรับรู้อุปสรรคในการดูแล สอดคล้องกับแนวคิด HBM ที่ระบุว่า “การรับรู้” มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ⁹ และสอดคล้องกับการศึกษา

ที่พบว่าการให้ความรู้และเครื่องมือสนับสนุนแก่ผู้ดูแล มีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแล และลดภาระทางจิตใจของผู้ดูแล¹⁴

ผลจากการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้เหล่านี้สอดคล้องกับพฤติกรรมของผู้ดูแล ซึ่งดีขึ้นอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่าความรู้และการรับรู้ที่ถูกพัฒนา ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลจริงในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล โดยผลจากความรู้และการรับรู้ที่เพิ่มขึ้น นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลัก¹⁵ สะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องฯ สอดคล้องกับผลการวิจัย ที่พบว่าเมื่อผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยในบ้านจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้กำหนดกรอบการดูแลสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งด้านตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁶ ในด้านผู้ป่วย การประเมิน ADL พบว่ามีแนวโน้มพึ่งพาน้อยลงหลังการใช้รูปแบบฯ และสามารถช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น สะท้อนประสิทธิผลของการดูแลที่ได้รับจากผู้ดูแลหลักโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้เทคนิค Coaching ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านการเคลื่อนไหวและการดูแลกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด¹⁷ นอกจากนี้ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องทั้งผู้ดูแลหลักและทีมสหวิชาชีพ อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในด้านความสะดวกในการใช้งานสมุดบันทึก และความครบถ้วนของเนื้อหาที่สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสม¹⁸ ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพผ่านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อีกทั้งสนับสนุนบทบาทของพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการทำงานร่วมกับครอบครัว¹⁹ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมให้หน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชนนำรูปแบบการพยาบาลต่อเนื่อง ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีผู้ดูแลหลักประจำ
2. ผลักดันให้เกิดนโยบายหรือแนวทางสนับสนุนเชิงระบบที่ยั่งยืน เช่น กำหนดงบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน การจัดอบรมผู้ดูแลในชุมชน และการประเมินผลตามเกณฑ์คุณภาพบริการ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรดำเนินการวิจัยในระยะยาวเพื่อติดตามผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อสุขภาพผู้ป่วยและภาระของผู้ดูแลในช่วง 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์
2. ควรมีการประเมินผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ต่อภาวะเครียด ความเหนื่อยล้า หรือคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการดูแลระยะยาวที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโดยรวม
3. พัฒนาหรือศึกษาการใช้แอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มออนไลน์ร่วมกับสมุดบันทึก เพื่อเพิ่มความสะดวกในการติดตามข้อมูลและการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัว

References

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins SO, Pandian J, Lindsay P, et al. World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet 2025. *International Journal of Stroke* 2025 Feb;20(2):132-44. doi: 10.1177/17474930241308142.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Stroke facts [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 31]. Available from: <https://www.cdc.gov/stroke/data-research/facts-stats/index.html> (in Thai)
3. Health Data Center, Ministry of Public Health. Morbidity and mortality rates of major non-communicable diseases – Stroke [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 10]. Available from: https://udn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=9bf46fa15f85178a05b665ae986bd467 (in Thai)
4. Udon Thani Provincial Public Health Office. Annual statistical report 2023–2024. Udon Thani. Udon Thani Provincial Public Health Office; 2024. (in Thai)
5. Health Region 10. Guidelines for elderly health service systems for stroke, STEMI, and hip fracture under the seamless elderly care development project. Ubon Ratchathani: Ultimate Printing; 2021. (in Thai)
6. Wongcharoen N, Ratchathanaratch T, Somngam P. Development of a continuous care model at home for stroke patients. *Journal of Community Public Health* 2020;6(4):61–71. (in Thai)
7. Suwannabut, M. Development of a fast-track service system for stroke patients at Nong Saeng Hospital and the health service network in Udon Thani Province. *Journal of Health Innovation and Research* 2022;5(1):141–52. (in Thai)
8. Theppabutr S. Development of a model of care for stroke patients at home. *Sawanpracharak Medical Journal* 2020;17(3):112–24. (in Thai)
9. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs* 1974;2(4):328–35.
10. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
11. Woraphongsathorn T, Woraphongsathorn S. Sample size calculation using G*Power program. *Thailand Journal of Health Promotion and Environment Health* 2018;11–21. (in Thai)
12. Faculty of Medicine, Naresuan University. Stroke knowledge handbook [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 1]. Available from: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfwqH-Z8-0c1tglt2Wd6x8d1k4e1YzylbDx7zvLgZlrZ5otFw/viewform> (in Thai)
13. Yamwong N. Quality of life and physical activities of daily living among elderly patients at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *Journal of Medicine Health Sciences* 2014;21(1):37–44. (in Thai)
14. Ibrahim MH, Aly SE, Abd El-Aziz AM, Abd El-aty NS, Sayed SY, Abdelall HA, et al. Effect of caregivers training program on stroke patients' self-efficacy. *Egyptian Journal of Health Care* 2021;12(3):1134-56. doi: 10.21608/ejhc.2021.194211
15. Duangman K. Effects of knowledge and skill promotion program for caregivers of stroke patients, Phrae Hospital. *Journal of the Phrae Hospital* 2021;28(1):92–106. (in Thai)

16. Imsuk K. Effects of a multidisciplinary developmental care model in patients with stroke at Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital. *Journal of Nursing Care Research* 2011;29(3):15-29. (in Thai)
17. Butwang N. The comparing study outcome of caregiver's skill training program on activities of daily living and complication of stroke patients at the female internal medical ward, Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 15]. Available from: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/oa/research_file_name/20240223155156_842274824.pdf (in Thai)
18. Paksee N, Sirapo-ngam Y, Mankong S, Leelacharas S. Effects of a transitional care program for stroke patients and family caregivers on caregiver's preparedness, stress, adaptation, and satisfaction. *Ramathibodi Nursing Journal* 2016;22(1):65-80. (in Thai)
19. Wongcharoen N, Ratchatathanarat T, Somngam P. Development of continuity of care model for stroke patients. *Journal of Community Public Health* 2020;6(4):61-71. (in Thai)